

FORMULÁRIO CONFIDENCIAL DE DESCONTO BASEADO NA RENDA

Data: _____

Nome do Paciente _____ Data de Nascimento ____/____/____

Número do Seguro Social do paciente _____ Número de telefone _____

Endereço residencial _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Endereço para correspondência (se diferente) _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Nome do pai/mãe ou responsável legal (se o paciente for menor de idade) _____

Estado civil: ☐ Solteiro(a), ☐ Casado(a), ☐ Divorciado(a), ☐ Separado(a) judicialmente, ☐ Viúvo(a), ☐ Em união estável

Você possui plano de saúde atualmente? ☐ Sim ☐ Não Empresa _____

Você possui plano odontológico atualmente? ☐ Sim ☐ Não Empresa _____

Você solicitou o MaineCare nos últimos 90 dias? ☐ Sim ☐ Não

Qual é a sua situação profissional atual?

- ☐ Empregado em tempo integral
☐ Empregado em meio período
☐ Desempregado e à procura de trabalho
☐ Desempregado, mas não procura emprego (ex.: Estudante, aposentado, pessoa com deficiência, cuidador principal não remunerado)

Se estiver desempregado por outro motivo, indique o motivo: _____

É necessário apresentar comprovante de renda e despesas.

Por favor, forneça todas as informações a seguir que se aplicam a você:

Renda:

- Se estiver trabalhando – 4 contracheques mais recentes de todos os empregadores de cada pessoa que trabalha na residência.
- Se for autônomo – demonstrativo de lucros e perdas de três meses E declaração de imposto de renda mais recente.
- Caso receba um benefício mensal, como aposentadoria ou pensão, é necessário apresentar comprovante do valor mensal.
- Se você não possui nenhuma renda, preencha o Formulário de Renda Zero E anexe uma carta explicando sua situação financeira.
- Outros documentos para comprovar a renda

Despesas:

- Documentos de hipoteca ou contrato de aluguel
- Cópias de comprovantes de pagamento de serviços públicos (eletricidade, aquecimento)
- Despesas com cuidado infantil
- Despesas com medicamentos

FAMÍLIA E RENDA: Liste todas as pessoas que moram em sua casa e a renda recebida (por você, por seu cônjuge e outros dependentes legais).

Nome e sobrenome Liste o requerente primeiro	Idade	Relação com você	Renda bruta (por mês, antes dos descontos)	Fonte(s) de renda <u>Liste todas as que se aplicam</u> Salários, Trabalho autônomo, Desemprego, Compensação trabalhista, Previdência social, SSI, Invalidez, Pensão alimentícia, Pensão, Benefícios de veteranos, Renda de aluguel
1		<i>Si mesmo</i>		
2				
3				
4				
5				
6				

Despesas mensais	Valor pago por mês (favor anexar a documentação das despesas listadas abaixo. Sem comprovação, as despesas não serão consideradas na análise)
Pagamento mensal de hipoteca ou aluguel	
Serviços públicos (eletricidade e/ou aquecimento)	
Despesas com cuidado infantil	
Despesas com medicamentos	

Sua família recebe algum dos seguintes benefícios?

Assistência Geral/Vale-Alimentação/TANF: \$ _____ por mês (favor anexar cópia da carta que comprove os benefícios)

Solicito que a Nasson Health Care determine minha elegibilidade para o desconto baseado na renda para os serviços de saúde prestados pela Nasson Health Care. Entendo que as informações que forneço estão sujeitas à verificação pela Nasson Health Care. Compreendo também que, se as informações que eu fornecer forem consideradas falsas, tal determinação resultará na negação do desconto e serei responsável pelo pagamento integral. Entendo que posso ser solicitado a fornecer mais informações, incluindo despesas domésticas.

Declaro que as informações acima e os anexos são verdadeiros e corretos de acordo com meu conhecimento. Se eu me tornar elegível ao desconto baseado na renda, estou ciente de que serei responsável por qualquer saldo restante após a aplicação do desconto e efetuarei o pagamento no momento da prestação dos serviços, salvo acordo prévio.

ASSINATURA DO REQUERENTE _____

DATA _____

Somente para uso interno

Número de pessoas no domicílio: _____ Renda total do domicílio após as despesas: _____
 _____ Aprovado _____ Negado _____ Renda acima do limite _____ Informações faltantes

Representante de Atendimento ao Paciente _____ Data _____

_____ 0%-100% FLP	_____ Somente para despesas médicas/de saúde mental
_____ 101%-150% FLP	_____ Somente saúde mental
_____ 151%-175%	_____ Somente odontológico
_____ 176%-200%	_____ Médico/Saúde Mental e Odontológico